

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

142

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves, Marie LE CUDONNEC

Né le 28 Février 1909 à Paris

**Contribution pratique
à l'étude des insuffisances
respiratoires nasales chroniques
dans l'armée**

Président : LEMAITRE, *Professeur*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves, Marie LE CUDONNEC

Né le 28 Février 1909 à Paris

Contribution pratique à l'étude des insuffisances respiratoires nasales chroniques dans l'armée

Président : LEMAITRE, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	Laignel-Lavastine.
Clinique chirurgicale	Gougerot.
Clinique ophtalmologique	Guillain.
Clinique urologique	Lemierre.
Clinique d'accouchements	Cuneo.
Clinique gynécologique	Gosset.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Gregoire.
Clinique thérapeutique médicale	Lenormant.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Velter.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Chevassu.
Clinique propédeutique	Couvelaire.
Clinique de la tuberculose	Jeannin.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Levy-Solal.
Clinique de cardiologie	Mocquot.
Clinique de neuro-chirurgie	Ombredanne.
Assistance médico-sociale	Harvier.
Professeurs sans chaire	Lemaître.
	Pierre Duval.
	M. Villaret.
	Troisier.
	Mathieu.
	Laubry.
	Clovis Vincent.
	N...
	Hazard.
	Mulon.
	Olivier.
	Sannie.
	Verne.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREG (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie experimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEMAITRE

qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

En hommage de respectueuse reconnaissance pour la bonté qu'il voulut bien — en de douloureuses circonstances — témoigner à son ancien Externe.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur CROUZON (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur CATHALA

Monsieur le Docteur Raoul-Charles MONOD

Monsieur le Docteur SCHULMANN (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur BASCH

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL DE MONTFERMEIL

Monsieur le Docteur GOURNAY

*dont la bienveillante sympathie nous
fut souvent précieuse.*

*Avec l'expression de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

Monsieur le Docteur PEROZ

Monsieur le Docteur GOULFIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Cette thèse n'a d'autre prétention que d'apporter une contribution pratique à un problème fréquemment posé au Service de Santé Militaire.

Dès 1927, Worms, dans son rapport au Congrès de Laryngologie, signalait la fréquence des insuffisances respiratoires nasales dans l'armée.

Les insuffisances aiguës, en raison de leur caractère passager, ne présentent qu'un intérêt restreint pour le praticien militaire. Il n'en est pas de même des insuffisances chroniques.

Laissant de côté toute discussion théorique, nous voudrions étudier ici le problème pratique de ces affections, du point de vue :

- de leur fréquence,
- de leur étiologie,
- de leurs conséquences,
- de leurs grandes lignes thérapeutiques,

en nous bornant à rapporter objectivement des faits d'observation personnelle.

Cette étude comprendra trois parties :

- la première, relative au temps de paix;
- la seconde, au temps de guerre;
- la troisième sera consacrée à quelques suggestions d'ordre pratique.

Enfin seront formulées nos conclusions.

Nous souhaitions ce modeste travail plus digne des Maîtres qui nous enseigné. Si nous le présentons aujourd'hui avec confiance, c'est que nous l'avons, trois mois durant, mené de front avec notre labeur quotidien de Médecin-Auxiliaire.

Aux Armées, le 15 décembre 1939.

PREMIERE PARTIE

LES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES NASALES CHRONIQUES DANS L'ARMEE EN TEMPS DE PAIX

Nous les avons observées au cours d'une année de service militaire en qualité de Médecin-Auxiliaire.

Suivant le plan d'ensemble indiqué précédemment, nous les étudierons successivement du point de vue

- fréquence,
- étiologie,
- influence sur le rendement militaire,
- mesures thérapeutiques d'usage,
- résultats pratiques obtenus.

Ceci en nous basant principalement sur quelques observations personnelles, que nous citerons en terminant l'exposé de la question en temps de paix.

I. — FREQUENCE

Nous n'avons observé — en six mois de pratique effective — que 27 cas d'I. R. C. N. sur un total d'environ 2.000 examens.

Ce chiffre peut sembler relativement faible. Il est juste, pour l'apprécier, de tenir compte des trois éléments suivants :

- l'armée, en temps de paix, se compose en majorité d'hommes jeunes — de 20 à 22 ans — d'une santé généralement robuste;
- ces hommes avaient été soumis, dans un passé récent, à un double contrôle médical, lors du Conseil de Révision et de la Visite d'Incorporation. Certains cas avaient pu être l'objet d'une décision de Réforme, d'autres, d'un traitement précoce et efficace peu après leur arrivée au Corps;
- nos observations ne concernent que des sujets inscrits à la visite journalière et ne portent donc pas sur des effectifs d'ensemble.

Ces considérations expliquent en partie le petit nombre de cas rencontrés.

L'absence de chiffres exacts mathématiquement quant au total des malades ainsi examinés, ne permet pas ici de poser une statistique.

Nous préférons conclure seulement que, pour le praticien de Corps de Troupe, le problème des I. R. C. N. ne se présente, en temps de paix, qu'avec une fréquence restreinte.

II. — ETIOLOGIE

L'étiologie des insuffisances respiratoires nasales chroniques est intéressante à préciser en raison de ses conséquences thérapeutiques.

On sait qu'à la période initiale des insuffisances nasales — alors qu'il n'y a encore ni complications ni associations — le traitement de la seule lésion causale suffit bien souvent à faire rentrer les choses dans l'ordre.

Or le Service Militaire réalise — dès le temps de paix — un milieu ambiant remarquablement favorable à la révélation d'insuffisances jusque-là latentes. Le praticien militaire peut donc souvent les observer à leur stade de début.

La majorité de nos observations concerne d'ailleurs des malades qui ne s'étaient jamais inquiétés de leur gêne respiratoire — en raison de sa discrétion.

Pour l'étude de l'étiologie, nous adopterons la classification généralement admise qui distingue :

- les Insuffisances organiques;
- les Insuffisances fonctionnelles.

I. — INSUFFISANCES ORGANIQUES

Elles sont dues à une lésion nasale, facteur d'obstruction.

Cette lésion peut être :

- anatomique
- ou pathologique.

Causes organiques anatomiques.

Primitives ou acquises, elles se ramènent schématiquement aux trois types suivants :

1° *Vices de développement de la cloison*, déviations ou malformations diverses — isolées — ou associées à une rhinite hypertrophique dite compensatrice dont on sait la fréquence;

2° *Atrésies narinaires* par étroitesse ou par faiblesse des ailes du nez;

3° *Rhinites hypertrophiques essentielles*, indépendantes de toute lésion du septum ou de toute infection chronique. Ce dernier point est d'ailleurs discuté.

On conçoit que les deux premiers ordres de lésions puissent être parfois réalisés par un traumatisme de la région nasale.

Causes organiques pathologiques.

Il s'agit ici d'une infection chronique de la muqueuse du nez ou des cavités annexes. Nos observations nous ont montré :

1° *des Rhinites hypertrophiques chroniques secondaires*;

2° *des Polypes muqueux* des fosses nasales;

3° *des Végétations adénoïdes* anormalement persistantes chez l'adulte jeune.

II. — INSUFFISANCES FONCTIONNELLES

Notre observation du temps de paix ne porte à l'actif de leur groupe que :

- deux cas d'*inversion du réflexe narinaire* de dilatation respiratoire
- et deux cas d'*insuffisances post-opératoires*, en dépit d'interventions anatomiquement parfaites.

On voit, par ce court résumé étiologique, que les causes d'insuffisances respiratoires nasales chroniques se réduisent ici à un petit nombre.

Cette remarquable simplicité s'explique sans doute :

- par le double contrôle médical que subissent les jeunes recrues — contrôle qui ne peut négliger que des insuffisances légères et bien tolérées,
- par la jeunesse relative et la bonne santé habituelle des effectifs de l'armée du temps de paix.

Du point de vue pratique, il y a lieu de retenir ici trois notions essentielles :

- Il s'agit en général de lésions banales, dont le diagnostic ne présente aucune difficulté si l'on dispose du matériel élémentaire nécessaire.
- Ces lésions sont justiciables d'interventions aussi simples dans leur technique que dans leurs suites opératoires.
- Dans la majorité des insuffisances anatomiques, il suffit d'une cure radicale de la lésion nasale pour obtenir à peu de frais une *restitutio ad integrum* de la physiologie respiratoire.

III. — INFLUENCE

L'étude des Insuffisances Respiratoires Nasales chroniques dans l'Armée ne présenterait qu'un intérêt théorique si ces affections ne faisaient preuve d'une certaine influence quant au rendement militaire des hommes qui en sont atteints.

Le symptôme capital, dont se plaignent tous les malades, est la *gêne respiratoire*.

Variable dans son intensité, suivant que l'obstruction est uni ou bilatérale, elle est d'une constance remarquable en certaines circonstances auxquelles nous pourrions donner le qualificatif d'aggravantes ou de révélatrices suivant les cas. Ce sont principalement :

- la marche prolongée;
- la course, surtout en terrain varié;
- le port de fardeaux, qu'il s'agisse de la charge réglementaire de l'homme en campagne — ou des travaux spéciaux à certaines armes ou à certains services :
 - Artillerie, ravitailleurs et servants;
 - Génie, manœuvres-pontonnières;
 - Service de Santé, brancardiers;
 - Intendance, manutentionnaires;
 - Arsenaux, ouvriers de parc;
- le port du masque contre les gaz de combat;
- le service en ouvrages fortifiés.

Les occasions sont donc nombreuses où un insuffisant respiratoire peut constater son infirmité et son infériorité.

On pourrait croire que le rendement militaire de ces hommes s'en trouve sensiblement affecté. L'expérience montre qu'il n'en est pas ainsi. Ceci pour deux raisons :

1° En temps de paix, les circonstances révélatrices, énumérées plus haut, ne se présentent que de façon épisodique et transitoire :

- marches d'entraînement de quelques heures ;
- grandes manœuvres de quelques jours ;
- école à feu dans les formations d'Artillerie ;
- école de brancardage dans les sections sanitaires ;
- alertes aux gaz, de courte durée ;
- exercices « de guerre » dans les ouvrages.

2° Le petit nombre des hommes atteints d'insuffisance respiratoire permet facilement de les affecter en raison de leurs aptitudes. Bon nombre de ces sujets sont, au terme de leurs classes d'instruction, promus secrétaires, dessinateurs, garde-magasin ou ordonnances. Ils échappent alors en partie à des efforts et à des épreuves incompatibles avec leur déficit respiratoire. Aussi parviennent-ils généralement à accomplir leur temps légal de présence sans grande difficulté : ils sont redevenus des insuffisants qui s'ignorent et, en pratique, le médecin ne les verra guère fréquenter l'infirmerie.

Ainsi concluons-nous que l'influence des insuffisances respiratoires chroniques nasales sur le rendement militaire reste, en temps de paix, toujours minime et bien souvent négligeable.

IV. — LES MESURES THERAPEUTIQUES

Pour plus de clarté, nous les envisagerons successivement aux différents échelons du Service de Santé dans l'ordre chronologique :

- Conseil de Révision;
- Visite médicale d'Incorporation;
- Visite quotidienne d'Infirmierie;
- Consultation de l'Hôpital Militaire.

Pour chacun de ces organismes, nous étudierons les décisions prises au regard des I.R.C.N. et essaierons ensuite de faire le bilan des résultats pratiquement atteints.

Conseil de Révision

C'est une institution pré-militaire, ayant une mission de classement plus que de traitement. Personnel et matériel en sont restreints. La célérité est une condition obligatoire de son fonctionnement.

Ses décisions, en matière d'I.R.C.N., se ramènent à trois types :

- *Les insuffisances graves*, par elles-mêmes ou par leurs complications, sont l'objet d'une Réforme ou d'un Ajournement.
- *Les Insuffisances subaiguës* sont classées dans le Service Auxiliaire.

— *Les Insuffisances latentes* sont versées dans le Service Armé.

Il n'y a donc, à ce stade, que des décisions administratives et non thérapeutiques.

Visite médicale d'Incorporation

C'est une institution proprement médicale ayant un double but de classement et de traitement.

Le personnel comprend des médecins de Corps de Troupe, donc non officiellement spécialisés. Le matériel comporte toujours les instruments indispensables à un examen rhinologique élémentaire.

Le rythme de cete visite doit être assez rapide. A noter qu'elle a lieu dans les trois premiers mois de présence au Corps, laissant ainsi à quelques insuffisances latentes la possibilité de se révéler à l'épreuve du milieu ambiant.

En pratique, les décisions prises peuvent se résumer ainsi :

a) *il n'y a pas de signes subjectifs :*

1° *l'examen général n'a rien montré de particulier : l'incorporation pure et simple est prononcée;*

2° *l'examen général a fait découvrir une insuffisance respiratoire légère et latente : incorporation avec mention : « à surveiller ».*

b) il y a des signes subjectifs :

1° *même en l'absence de signes objectifs patents, l'homme est généralement mentionné : « à surveiller »;*

2° *si des signes objectifs sont constatés, la décision varie, suivant leur degré, de la mention : « à ménager » aux exemptions de marche et de travaux pénibles. Le malade peut aussi être dirigé sur un hôpital militaire aux fins d'examen plus approfondi. Eventualité assez rare, compte tenu des circonstances. L'hôpital peut n'être pas proche et la clôture des formalités d'incorporation ne peut être toujours retardée jusqu'à une réponse du spécialiste consulté.*

Hôpital (ou Dispensaire) militaire

Il dispose du personnel et du matériel nécessaires à l'examen et au traitement de la majorité des I. R. C. N. Mais il lui faut tenir compte de deux nécessités :

- pour lui-même, éviter l'encombrement;
- pour le malade, ne pas l'éloigner inutilement trop longtemps de son unité.

Ces deux facteurs valent d'être signalés, car ils ne sont pas sans influencer sur les décisions thérapeutiques — et ils les expliquent même en partie. — Nous pouvons résumer ainsi ces décisions.

Les malformations spontanées du septum sont généralement respectées. On traite plutôt la rhinite hypertrophique compensatrice par une ou plusieurs galvano-causties.

Il en est de même pour les *sinusites chroniques* ayant déterminé des polypes : simple ablation à l'anse froide.

Au contraire, la thérapeutique est franchement radicale pour

- les rhinites hypertrophiques essentielles,
- les queues de cornets,
- les polypes muqueux,
- les adénoïdes anormalement persistantes.

Il est évident qu'on ne peut appliquer qu'une thérapeutique médicale aux atrésies narinaires et aux insuffisances fonctionnelles. Les directives de la rééducation sont, en ce dernier cas, données au malade, à charge pour lui de les mettre en pratique avec un contrôle périodique à la consultation externe.

La visite médicale régulière

Elle utilise les mêmes ressources en personnel et matériel. Notons cependant que le temps consacré à chaque examen peut être très supérieur à celui des deux cas précédents, et surtout qu'un malade dispose de la possibilité de visites répétées. En pratique, ne viennent consulter que des sujets chez lesquels l'insuffisance respiratoire s'accompagne de signes subjectifs.

a) *En l'absence de signes objectifs* nets, l'homme est considéré comme atteint simplement de fatigue, et traité en conséquence par une exemption de service qui ne dépasse généralement pas deux à trois jours.

b) *S'il existe des signes objectifs* d'une insuffisance respiratoire d'origine nasale, leur intensité conditionne : l'envoi du malade à l'hôpital ou l'institution d'une thérapeutique médicale.

c) Enfin les symptômes observés peuvent être dus à une *complication* ou à une *association* pathologique. L'étiologie première des accidents peut parfois être méconnue et le traitement ne s'adresse alors qu'au syndrome d'emprunt qui occupe le premier plan du tableau clinique.

On voit que les possibilités thérapeutiques sont ici d'ordre médical. Les insuffisances que leur étiologie rendent justifiables d'une intervention sont envoyées à l'Hôpital militaire.

V. — RESULTATS PRATIQUES

Que valent, dans l'ensemble, les résultats obtenus chez les malades par les mesures qui viennent d'être brièvement analysées? Il semble que dans certains cas les décisions restent partielles, dirigées plutôt par un acquit symptomatique que vers une cure radicale.

Certes, il ne faut pas méconnaître les résultats ainsi obtenus. Les malades accusent une amélioration souvent marquée et durable. Certaines interventions sont résolument curatrices. Il n'en reste pas moins que d'autres laissent persister la cause première des accidents dont le réveil est possible à plus ou moins longue échéance.

Celle-ci peut être assez lointaine pour que l'homme soit alors dégagé de ses obligations militaires. Mais on ne doit pas oublier non plus que le retour des phénomènes peut se faire en temps de guerre, et nous verrons ultérieurement l'importance plus grande qu'ils révèlent en cette circonstance, d'autant plus grandes alors que les possibilités de traitement se trouvent réduites par les nécessités du moment.

Ce serait se montrer partial dans l'appréciation des règles sanitaires du temps de paix que de ne pas tenir compte de quelques avantages non négligeables. Les mesures généralement prises ne réclament qu'un minimum de temps d'indisponibilité — point important au moment

de la diminution sensible des effectifs, en raison de l'appel sous les drapeaux des classes dites « creuses ». Mais là encore il faut se garder d'un avantage plus illusoire que réel. Le total des exemptions de courte durée accordées à de tels malades dépasse bien souvent les quelque dix jours qui eussent suffi à une cure radicale et à ses suites normales.

De cette brève étude de la thérapeutique du temps de paix, nous concluons qu'elle est chirurgicale dans un petit nombre de cas — médicale et symptomatique dans le plus grand nombre.

VI. — OBSERVATIONS RELATIVES AU TEMPS DE PAIX

Obs. 1. — S... Paul, 21 ans, manutentionnaire, ordonnance au ° R.I.F., consulte le 15 janvier 1937 pour gêne respiratoire due à une inversion du réflexe narinare (aspiration des ailes du nez). Essoufflement à la marche. Prescription d'exercices de rééducation, complétés par port d'un dilateur Sinial, le tout négligé par le

Obs. 2. — H... Charles, 21 ans, chauffeur. Mitrailleur-chargeur au ° R.I.F., consulte le 20 janvier 1937 pour dyspnée d'effort. Déviation cloison et rhinite hypertrophique compensatrice. Exemption du 20 janvier au 12 mai : 12 jours. Galvanocaustie le 15 mai. Amélioration malade. Exemption du 15 janvier au 1^{er} septembre pour la dyspnée résultante : 16 jours.

sensible. La période des grandes manœuvres sera traversée sans incidents.

Obs. 3. — S... Marc, 20 ans, mécanicien, servant d'engins au ° R.I.F., consulte le 3 février 1937 pour dyspnée d'effort. Effondrement consécutif à un trauma ancien. Thérapeutique médicale, sans résultat. Exemptions multiples jusqu'au 1^{er} octobre : 23 jours.

Obs. 4. — L... Raymond, 21 ans, garde-magasin, fusilier-voltigeur au ° R.I.F., consulte le 10 février 1937. Gêne nocturne. Laryngites à rechute. Présence d'adénoïdes. Hypertrophies à la rhinoscopie postérieure. Curettage des cavernes le 25 février. Suites exemptes d'incidents.

Obs. 5. — P... Marcel, 21 ans, peintre en bâtiment, mitrailleur au ° R.I.F., consulte le 16 février 1937. Gêne dans le port du masque. Déviation cloison et R.H.C. Exemption jusqu'au 15 septembre 1937 : 14 jours. Infériorité manifeste au cours des exercices d'alerte aux gaz.

Obs. 6. — P... Jean, 21 ans, garçon de salle, infirmier régimentaire au ° R.I.F., consulte le 21 février 1937. Gêne révélée dans casemate en air filtré. Déviation de cloison et R.H.C. Refus d'intervention. Le 9 juin, lors des manœuvres, recrudescence des phénomènes et difficultés dans l'accomplissement de son service. Galvano le 15 juin. Etat satisfaisant. Fera réséquer cloison après libération.

Obs. 7. — B... Pierre, 21 ans, livreur, clairon au ° R.I.F., consulte le 2 mars 1937. Essoufflement fréquent. Rhinite hypertrophique simple bilatérale. Thérapeutique médicale et exemptions diverses jusqu'au 20 mars : 11 jours. Réduction galvano à ce moment. Suites normales.

Obs. 8. — C... Charles, 21 ans, chauffeur, conducteur au ° R.I.F., consulte le 13 mars 1937. Gêne respiratoire unilatérale gauche. Queue de cornet inférieur. Ablation à l'anse le 20 mars. Suites normales.

Obs. 9. — S... Pierre, 34 ans, sergent-chef au ° R.I.F., consulte le 22 mars 1937 pour dyspnée au cours des marches prolongées et des exercices en terrain varié. Cloison. Antécédents d'exemptions multiples. Résection le 29 mars. Suites normales.

Obs. 10. — C... Marius, 21 ans, cuisinier au ° R.I.F. Gêne respiratoire unilatérale gauche pour laquelle il consulte le 5 mai 1937. Polype muqueux volumineux, ablation le 11 mai. Suites normales.

Obs. 11. — F... Jean, 33 ans, adjudant au ° R.I.F., consulte le 7 mai 1937. Rhinite hypertrophique bilatérale. Gêne à l'exercice, surtout à la course. Galvanocautie le 20 mai. Amélioration nette dans la suite.

Obs. 12. — R... Louis, 21 ans, cultivateur. Mitrailleur au ° R.I.F., consulte le 10 mai 1937 pour gêne respiratoire au cours des marches. Inversion du réflexe narinaires. Exemption jusqu'au 1^{er} octobre : 14 jours. Pas de rééducation ni de dilatation.

Obs. 13. — L... Jean, 21 ans, séminariste. Infirmier au ° R.I.F., consulte le 15 mai 1937 pour gêne au cours

des brancardages. Cloison et R.H.C. Refuse toute exemption, mais peine visiblement au cours de son travail. Galvano le 22 mai. Suites normales. Décidé à une intervention radicale après libération.

Obs. 14. — G... Pierre, 26 ans, sergent de carrière au ° R.I.F., consulte le 13 mai 1937. Cloison et R.H.C. Gêne fonctionnelle marquée. Galvano le 29 mai. Pas d'amélioration appréciable. Résection sous-muqueuse le 2 octobre. Le malade n'est pas revu.

Obs. 15. — C... Jules, 41 ans, adjudant au ° R.I.F., consulte le 24 mai 1937. Gêne respiratoire. Intervention antérieure sur cloison en 1936 (novembre). Insuffisance fonctionnelle post-opératoire. Résultat anatomique parfait. La rééducation est entreprise. Au 1^{er} octobre 1937, elle avait, en cinq mois, déjà amélioré l'état du malade. Non revu.

Obs. 16. — S... Raymond, 20 ans, électricien. Mitrailleur au ° R.I.F., consulte le 26 mai 1937. A bénéficié d'exemptions fréquentes depuis son incorporation (17 jours en 6 mois), pour dyspnée d'effort. Atrésie nasale congénitale. Le malade est pourvu d'un emploi de magasinier en rapport avec ses aptitudes physiques.

Obs. 17. — S... Charles, 21 ans, chauffeur. Cycliste au ° R.I.F., consulte le 2 juin 1937. Essoufflement rapide. Gêne respiratoire nasale au cours de missions de

liaison en manœuvres. Exemptions jusqu'au 15 septembre : 8 jours. Le 20 novembre : galvano de la rhinite hypertrophique bilatérale. Revu avec un début d'amélioration au 1^{er} octobre.

Obs. 18. — R... Paul, 26 ans, sergent de carrière au ° R.I.F., consulte le 2 juin 1937. Gêne respiratoire aux manœuvres. Cloison et rhinite hypertrophique. Galvano le 15 juin. Bénéfice minime. Réclame le 15 septembre l'intervention radicale. Muté à ce moment.

Obs. 19. — C... Emile, 21 ans, cultivateur. Mitrailleur-ravitailleur au ° R.I.F., consulte le 5 janvier 1937. Troubles fonctionnels par subobstruction anatomique (cloison avec crête chondro-vomérienne accusée). Totalisée au 1^{er} octobre. 14 jours d'exemption. Pas d'intervention.

Obs. 20. — C... Jean, adjudant au ° Génie, consulte le 20 juin 1937. Gêne respiratoire au cours du travail, plus nette en ouvrage fortifié. Rhinite hypertrophique bilatérale. Galvano le 1^{er} juillet. Amélioration rapide.

Obs. 21. — P... Roger, 21 ans, manœuvre. Sapeur-mineur au ° Génie, consulte le 24 juin 1937. Obstruction nasale chronique par cloison et R.H.C., maxima lors des travaux de bétonnage. Thérapeutique médicale et exemption en raison des circonstances. Au 1^{er} octobre, le total des jours de travail ainsi perdus se monte à 16.

Obs. 22. — W... Alfred, 20 ans, dessinateur. Sapeur-mineur au ° Génie, consulte le 24 juin 1937. Rhinite hypertrophique bilatérale. Signes fonctionnels marqués. L'instillation de préparations éphédrinées ne donne qu'une amélioration partielle. Pas d'intervention. Inaptitude fréquente jusqu'au 9 septembre où le sujet est employé comme secrétaire.

Obs. 23. — C... Paul, 40 ans, sous-lieutenant au ° Génie. Vu le 4 juillet 1937. Subobstruction par cloison avec présence d'un pied volumineux et déjeté à gauche. Gêne de la respiration. La thérapeutique médicale est réclamée par le malade qui est revu à différentes reprises dans le même état fonctionnel. Il accepte, en septembre le principe d'une intervention partielle par galvano du cornet inférieur droit pour laquelle il s'adressera à l'Hôpital Militaire. N'a pas été revu par la suite.

Obs. 24. — G... Jean, 29 ans, chauffeur. Electro-mécanicien au ° Génie. Vu le 25 juin 1937. Insuffisance respiratoire nasale anatomique par cloison vicieuse. Se plaint d'une gêne intense, très augmentée depuis l'incorporation. Exemption de 15 jours sur 8 mois de présence. Thérapeutique médicale jusqu'à libération proche.

Obs. 25. — P... Alfred, 21 ans, plombier. Sapeur-mineur au ° Génie, consulte le 7 juillet 1937. Opéré de cloison seule 6 mois auparavant. Pas d'amélioration.

Défaillances fréquentes et exemptions se montant à 14 jours sur 4 mois de service. Insuffisance fonctionnelle. Rééducation prescrite. Le malade est perdu de vue par suite d'une mutation.

Obs. 26. — L... ben L., 37 ans, sous-lieutenant à titre indigène au ° R.T.M. Vu le 8 août 1937. Troubles fonctionnels fréquents après un trauma ancien par chute de cheval ayant produit des modifications de structure nasale. Le port du masque s'avère pénible. Les moyens médicaux employés à la demande du malade s'avèrent sans résultat.

Obs. 27. — B... Guy, 21 ans, employé de bureau. Caporal au ° R.T.M., consulte le 17 août 1937 pour subobstruction nasale unilatérale. Queue de cornet à droite. Ablation à l'anse. Guérison.

DEUXIEME PARTIE

LES I. R. C. N. DANS L'ARMEE EN TEMPS DE GUERRE

Nous les avons étudiés pendant les trois premiers mois du conflit actuel, à une période où l'épreuve du milieu ambiant prenait toute sa valeur.

Nous conserverons — pour l'exposé de la question en temps de guerre — le même plan que dans la première partie de ce travail et aborderons successivement les points suivants :

- fréquence,
- étiologie,
- influence sur l'homme,
- mesures thérapeutiques habituelles,
- résultats pratiques,
- observations cliniques.

I. — FREQUENCE

Un délai de trois mois nous a permis de recueillir plus de cinquante observations.

Chiffre appréciable, si l'on tient compte du peu de temps que les nécessités du service laissent parfois aux examens spécialisés. On peut penser que bien des formes atténuées, plus anatomiques que fonctionnelles, ont ainsi échappé à l'observation. Le nombre de cas signalés doit donc être très sensiblement inférieur à la réalité.

Cette fréquence accrue s'explique aisément par les conditions nouvelles, nées de l'état de guerre. Si la valeur du service en temps de paix, comme épreuve révélatrice des insuffisances latentes, n'est aujourd'hui discutée par personne, combien doit être plus actif le service en temps de guerre avec ses fatigues accrues et l'absence d'un repos réparateur.

Nous ne pouvons indiquer ici le nombre de malades examinés : on comprend aisément pour quelle raison.

Il en résulte l'impossibilité d'établir une statistique. Elle ne présenterait d'ailleurs qu'une exactitude sujette à caution, compte tenu des conditions dans lesquelles se sont effectués nos examens.

Nous pouvons seulement conclure de l'expérience pratique en temps de guerre, que les I.R.C.N. s'y rencontrent avec une fréquence plus grande qu'en temps de paix.

II. — ETIOLOGIE

Les observations relatives au temps de guerre — que nous citerons en terminant cette seconde partie — ne montrent pas la même simplicité étiologique qu'au temps de paix.

Sans doute cette diversité plus grande peut-elle s'expliquer :

- par l'accroissement énorme des effectifs.
- par l'âge très différent des hommes, entre 20 et 50 ans.
- par le fait que nombre d'entre eux se savaient atteints d'insuffisance nasale.
- par les conditions inévitablement assez rudes des premières semaines d'un conflit.

1) INSUFFISANCES ORGANIQUES

Les causes anatomiques apparaissent peu modifiées : cloisons viciées, rhinites essentielles, atrésies narinaires, s'observent comme précédemment, encore sont-elles plus souvent post traumatiques.

Les causes pathologiques, par contre, s'enrichissent de plusieurs facteurs nouveaux. Aux rhinites hypertrophiques secondaires, aux polypes muqueux et queues de cornets, il faut ajouter :

- *les sinusites chroniques* ethmoïdo-maxillaires surtout, ayant déterminé à la longue la production de polypes.
- *des rhinites atrophiques*, liées vraisemblablement à un ozène incipient ou confirmé. Pour paradoxal que ceci puisse sembler à première vue, l'ozène, qui se traduit objectivement par un élargissement de la cavité nasale, s'accompagne pourtant d'un syndrome subjectif de gêne respiratoire à peu près constant.
- *des asthmes d'origine nasale* que nous avons cru pouvoir rattacher aux insuffisances respiratoires nasales en raison de leurs caractères thérapeutiques : on sait les remarquables effets de la cure endonasale dirigée contre l'épine irritative, et les échecs, presque inévitables en ces cas, d'un traitement médical d'ordre général.

2) INSUFFISANCES FONCTIONNELLES

Leur étiologie du temps de guerre ne semble pas sensiblement différente de celle du temps de paix. Signalons seulement la relative fréquence des cas post-opératoires, par défaut de rééducation.

Cette diversité plus grande dans l'étiologie conditionne, en pratique, des difficultés thérapeutiques d'autant plus sensibles que leur problème se pose en temps de guerre. Le Service de Santé militaire ne manque pas, alors, de questions plus importantes à résoudre, et d'un intérêt plus pressant.

III. — INFLUENCES

Nous avons énuméré — dans la première partie de ce travail — les principales circonstances où s'affirme l'infériorité physique des insuffisants respiratoires. Nous n'y reviendrons pas.

Il est aisé de comprendre que l'influence des insuffisances nasales sur le rendement de l'homme s'avère plus considérable dans l'armée du temps de guerre :

En effet :

Les efforts demandés sont :

- plus considérables : charge réglementaire plus élevée, et effective.
- plus prolongés : il ne s'agit plus d'exercices d'entraînement de courte durée.
- plus fréquents : à la demande des nécessités stratégiques.

Les circonstances ne permettent pas les mêmes ménagements qu'en temps de paix.

En pratique, il faut distinguer, du point de vue rendement :

- Les unités combattantes : les insuffisants respiratoires manifestent ici une infériorité habituellement discrète, qui peut s'accroître au cours du combat et être cause de défaillance. Point important car, en raison de l'emploi d'armes automatiques, non plus individuelles mais collectives, la défaillance d'un seul peut compromettre la mission d'un groupe.
- Les unités non combattantes, services divers de ravitaillement, d'exploitation, sections de brancardiers. Les insuffisants respiratoires témoignent d'un rendement inférieur dans leur travail, et sont souvent titulaires d'exemptions de courte durée. Ce qui retentit sur le rendement total de la formation à laquelle ils appartiennent.

Pour conclure, il faut se garder de toute exagération et reconnaître que les conséquences des insuffisances respiratoires sont généralement d'importance secondaire, encore que plus considérable qu'en temps de paix. Elles ne méritent pas moins d'être retenues en des heures où la nécessité se montre impérieuse d'obtenir le maximum de rendement de tous et de chacun.

IV. — LES MESURES THERAPEUTIQUES

Comme au temps de paix, elles seront étudiées aux échelons successifs rencontrés par le malade.

Conseil de révision

Nous ne le citons que pour mémoire. Il appartient, pour l'immense majorité des hommes, à un passé déjà lointain. Son intérêt est pratiquement négligeable ici.

Visite médicale d'incorporation

— Le personnel et le matériel sont nécessairement restreints.

— Les circonstances obligent à des examens rapides et permettent difficilement le recours à un spécialiste d'un échelon supérieur.

— Les décisions de ménagement et d'exemption spéciales ne peuvent être prises avec la même libéralité qu'en temps de paix.

— En pratique, il ne peut y avoir ici place pour des mesures thérapeutiques.

Visite quotidienne des corps de troupe

Elle se fait généralement à l'échelon bataillon. Les ressources sont celles de la visite d'incorporation, et le personnel comporte rarement un spécialiste.

En pratique, les insuffisances subaiguës, dans lesquelles la gêne fonctionnelle reste légère, reçoivent sur place une thérapeutique strictement médicale.

— Les formes plus graves, affectant nettement le rendement militaire du malade, sont évacuées, mais seulement lorsque leur traitement s'avère impossible dans les conditions locales. Une décision d'évacuation ne doit jamais être prise sans motif sérieux.

Le Poste Sanitaire Régimentaire
et
Le Groupe Sanitaire Divisionnaire

Ce sont, du point de vue des affections qui nous intéressent, des organismes de triage et non de traitement.

— *Le premier* confirme ou infirme la décision prise à l'échelon bataillon.

— *Le second*, réservé aux traitements d'urgence, effectue surtout le tri des évacués. Il dirigera les malades sur un Centre de Récupérables rapidement.

Centre de Récupérables rapidement

C'est une formation de traitement, pourvue du personnel et du matériel nécessaire, avec toujours un oto-rhinolaryngologiste.

La plupart des cas d'I. R. C. N. peuvent être traités à ce stade. Mais il convient de tenir compte de deux obligations :

- Eviter l'encombrement du Centre.
- Réduire au minimum le temps d'absence des hospitalisés.

En pratique :

- *Les I. R. N. de cause organique bénigne*, justiciables d'une intervention simple et rapide, sont opérées :
 - rhinite hypertrophiques essentielles
 - queues de cornets
 - polypes muqueux
 - rhinites hypertrophiques secondaires.
- *Les I. R. N. relevant d'une intervention plus importante*, ne peuvent, en raison des circonstances, être l'objet que d'opérations d'attente :
 - les résections de cloisons sont rares. On agit de préférence sur la rhinite hypertrophique compensatrice.
 - Les sinusites chroniques bien tolérées en dehors de la gêne respiratoire due aux polypes ne sont pas trépanées : on procède simplement à l'ablation du polype.
- *Les I. R. N. nécessitant un traitement médical*, reçoivent leurs directives thérapeutiques et sont — compte tenu de leur état — renvoyées sur leur Corps après une courte période de repos. C'est le cas :
 - des insuffisances fonctionnelles en général
 - de certaines insuffisances organiques de cause pathologique : syphilis nasale tertiaire en particulier.

V. — RESULTATS PRATIQUES

De l'étude des mesures thérapeutiques aux différents échelons, on peut conclure qu'en temps de guerre les décisions chirurgicales radicales sont exceptionnelles en face des I. R. C. N.

Il ne peut actuellement en être autrement, et cette conduite n'est pas sans présenter quelques avantages :

- L'indisponibilité des hommes est réduite au minimum.
- Les évacuations demeurent rares.
- L'encombrement des formations sanitaires n'est pas à redouter.
- Enfin — et c'est le point capital — un certain nombre d'interventions sont radicales en face d'une lésion bénigne.
- Quant aux autres, elles suffisent à faire bénéficier le malade d'une amélioration assez nette et assez durable pour lui permettre de reprendre son service.

Il n'en reste pas moins quelques inconvénients à porter au passif de cette méthode :

- La cause initiale des I. R. subsiste parfois.
- Le retour des accidents est donc possible, et ce, dans des circonstances qui peuvent en aggraver singulièrement les conséquences.
- Enfin, peuvent survenir des complications, d'ailleurs rares, et le plus souvent assez tardives.

VI. — OBSERVATIONS RELATIVES AU TEMPS DE GUERRE

Les cinquante-deux observations rapportées ici présentent deux points communs :

1° La simplicité remarquable de leur étiologie. Il s'agit de lésions accessibles à un traitement élémentaire.

2° L'influence constante sur le rendement militaire du sujet. Les exemptions sont relevées sur une période de trois mois.

Obs. 1. — P... Jules, 2^e est. B.O.A., 28 ans. Insuffisance respiratoire chronique par cloison vicieuse. E. S. 7 jours.

Obs. 2. — D... Emile, 2^e est. B.O.A., 30 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique essentielle. E. S. 5 jours.

Obs. 3. — K... Jean, 1^{er} est. B.O.A., 27 ans, I.R.C. fonctionnelle par inversion du réflexe narinaire. Gêne surtout au port du masque. E. S. 4 jours.

Obs. 4. — D... Octave, 2^e cl. ° R.P., 42 ans, I.R.C. par sinusite chronique maxillaire droite ayant déterminé des polypes. Inapte au travail de son arme. Affecté comme ordonnance après 9 jours d'E. S.

Obs. 5. — B... Paul, 1^{re} cl., ° R.P., 37 ans. Plusieurs crises d'asthme (quatre en deux mois), probablement dues à une épine nasale. Deux évacuations de 6 jours et 10 jours. Une cinquième crise, traitée par application du liquide de Bonain, *in situ*, cède rapidement. E. S. 20 jours.

Obs. 6. — M... Henri, 2^e est. B.O.A., 26 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique de cause infectieuse. Gêne rapide, puis fatigue au travail. Thérapeutique médicale inactive et d'ailleurs restreinte. E. S. 10 jours.

Obs. 7. — C... Denis, G.E. ° D.I., 27 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Difficultés à assurer les travaux de manutention de son service. Repos fréquent et partiel. E. S. 8 jours.

Obs. 8. — R... Albert, 1^{er} scd, ° B.O.A., 31 ans, I.R.C. fonctionnelle malgré une résection sous muqueuse anatomiquement satisfaisante il y a deux ans. Essoufflement rapide. E. S. 6 jours.

Obsd. 9. — C... René, 2^e cl., ° R.P., 35 ans, I.R.C. par obstruction narinaire unilatérale. On pense d'abord à une rhinite simple. La persistance de la rhinorrhée provoque un nouvel examen : extraction d'un corps étranger, tampons de coton laissé après une galvanocaustie droite subie au début d'août 1939. Amélioration immédiate assez minime. On traite alors la rhinite par le collarfil et l'éphédrine. Meilleurs résultats. E. S. 12 jours.

Obs. 10. — B... Camille, 2^e cl., ° R.P., 38 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Traitement symptomatique. E. S. 10 jours.

Obs. 11. — M... Louis, 2^e cl., ° R.P., 38 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique suppurée. Désinfection rhinopharyngée. Amélioration partielle. E. S. 8 jours.

Obs. 12. — G... André, 2^e cl., ° R.P., 35 ans, I.R.C. secondaire à traumatisme facial. Thérapeutique symptomatique. E. S. 4 jours.

Obs. 13. — C... Léon, 2^e cl., ° R.P., 37 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique secondaire à l'infection. Signes fonctionnels marqués et persistants. Traitement médical. E. S. 11 jours.

Obs. 14. — M... Jean, ° R.P., 2^e cl., 30 ans, I.R.C. unilatérale gauche, capricieuse et passagère, par polype muqueux. Ablation à l'anse. Guérison immédiate. E. S. 5 jours.

Obs. 15. — B... Arthur, 2^e cl., ° R.P., 32 ans, I.R.C. par atrésie congénitale des narines. Inaptitude aux travaux de son arme. Affecté planton. E. S. 10 jours.

Obs. 16. — S... Louis, 2^e cl., chauffeur, B.O.A., 28 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique secondaire. L'infection est traitée avec persévérance. Nette amélioration. E. S. 8 jours.

Obs. 17. — B... Edouard, 1^{er} cst., B.O.A., 27 ans, I.R.C. par cloison déviée et épaissie. Difficultés dans le port du masque. Affecté garde magasin. E. S. 6 jours.

Obs. 18. — W... Camille, 2^e cst. B.O.A., 22 ans, I.R.C. par rhinite atrophique. Ozène à la période de début. On essaie une préparation locale à base d'acécoline. Aucun résultat. Fatigue rapide à l'exercice physique. E. S. 10 jours.

Obs. 19. — S... Antoine, brig., ° B.O.A., 26 ans, I.R.C. par cloison. Pied épaissi, triangulaire, déviation haute. Gêne fonctionnelle. Traitement symptomatique. Peu d'amélioration. E. S. à ménager.

Obs. 20. — L... Pierre, maréchal des logis, ° B.O.A., 35 ans, I.R.C. par cloison. Difficultés au port du masque. Affecté à un atelier.

Obs. 21. — L... Victor, brig.-chef, ° B.O.A., 32 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique secondaire. Dyspnée d'effort rapide au cours des exercices en terrain varié. E. S. 4 jours.

Obs. 22. — G... Charles, maréchal des logis, ° B.O.A., 40 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique secondaire. Mêmes signes fonctionnels. Pas d'exemption, mais rendement diminué.

Obs. 23. — S... Eugène, 2^e cst., ° B.O.A., 36 ans, I.R.C. par déviation basse de la cloison. Se plaint de dysp-

née et de palpitations. Examen négatif au repos. Thérapeutique symptomatique peu active. E. S. 10 jours.

Obs. 24. — G... Gaston, 2^e est., B.O.A., 33 ans. Antécédents d'asthme fréquent. Hypertrophie du cornet moyen droit localisée à la tête. Deux crises constatées en trois mois, jugulées rapidement par application de Bonain *in situ*. E. S. 8 jours.

Obs. 25. — A... Charles, 2^e cl., ° R.P., 38 ans, I.R.C. ayant résisté à une résection sous muqueuse, sans doute par absence de résection du pied, épaissi, débordant à gauche. Amélioration passagère par l'éphédrine. E. S. 5 jours.

Obs. 26. — B... Etienne, 1^{re} cl., ° R.P., 34 ans, I.R.C. par cloison traumatisée. Fatigue rapide à la marche. Etait décidé à l'intervention pour l'automne prochain. E. S. 5 jours.

Obs. 27. — P... Lucien, 2^e cl., ° R.P., 37 ans, I.R.C. d'apparition assez récente. Le nez est gros dans l'ensemble. Le fait qu'il est douloureux conduit à rechercher la spécificité. Interrogatoire et examen général négatif. B. W. de contrôle négatif. Devant la persistance des symptômes, on institue cependant un traitement d'épreuve mixte, iodure à 6 grammes bien supporté, et mercure. Cette thérapeutique donne en quatre semaines une amélioration considérable. E. S. 15 jours.

Obs. 28. — L... René, 2^e cl., ° R.P., 32 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Gêne évidente au cours des marches prolongées. A dû être à différentes reprises déchargé, ou transporté. Thérapeutique symptomatique peu active. E. S. 6 jours.

Obs. 29. — D... Jean, capitaine, ° R.P., 40 ans, I.R.C. par sinusite maxillaire double et polypes. Obstruction presque complète. Angines fréquentes. Exemptions multiples, puis évacuation. E. S. 20 jours.

Obs. 30. — B... Marcel, 1^{re} cl., G.E., ° D.I., 29 ans, I.R.C. par déviation basse et pied de cloison. Essoufflement à l'effort. E. S. 6 jours.

Obs. 31. — C... Eugène, 2^e cl., G.E., ° D.I., 30 ans, I.R.C. due à l'inversion du réflexe narinaire. Rééducation tentée sans résultat. Port d'un dilatateur conseillé. E. S. 8 jours.

Obs. 32. — B... Raymond, 2^e cl., G.E., ° D.I., 25 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Symptômes fonctionnels accusés. Le traitement médical classique donne une certaine amélioration. E. S. 8 jours.

Obs. 33. — L... Victor, 2^e cl., ° B.O.A., 29 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Gêne lors du port du masque. Physiologie respiratoire sensiblement normale par ailleurs. Inapte au combat.

Obs. 34. — G... Pierre, 2^e cl., ° B.O.A., 33 ans, asthme origine nasale, crête chondro-vomérienne à proximité de la tête du cornet moyen droit. Applications locales sans effet. E. S. 8 jours.

Obs. 35. — B... Jean, caporal-chef, ° B.O.A., 31 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Peu de résultat avec la thérapeutique d'usage. E. S. 5 jours.

Obs. 36. — V... Paul, 2^e cl., ° G.R.D.I., 26 ans, I.R.C. par déviation de cloison et forte rhinite compensatrice. Une galvano gauche effectuée au G.S.D. donne un soulagement notable.

Obs. 37. — H... Martin, 2^e cl., ° B.O.A., 36 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Action relativement rapide du traitement classique. E. S. 4 jours.

Obs. 38. — B... Robert, brigadier-chef infirmier, ° B.O.A., 26 ans, I.R.C. par cloison. Inaptitude au brancardage. Amélioration fugace par l'éphédrine. Rendement diminué.

Obs. 39. — H... François, 1^{re} cl., ° B.O.A., 27 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale essentielle. Aptitude physique diminuée. Dyspnée d'effort. E. S. 5 jours.

Obs. 40. — S... Joseph, 2^e cl., ° B.O.A., 30 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Dyspnée d'effort fréquente. E. S. 10 jours.

Obs. 41. — S... Alphonse, 2^e cl., ° B.O.A., 34 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Fatigue rapide dans les gros travaux. Peu de résultat par moyens médicaux. E. S. 8 jours.

Obs. 42. — R... Robert, 2^e cl., ° R.P., 35 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Ne peut effectuer normalement la tâche qui lui est demandée. Thérapeutique médicale nulle. E. S. 5 jours.

Obs. 43. — D... Robert, 2^e cl., ° R.P., 31 ans, I.R.C. par déviation de cloison. Inapte aux travaux de terrassement. Affecté comme secrétaire.

Obs. 44. — M... Lucien, capitaine, ° R.P., 28 ans, I.R.C. subaiguë par polype muqueux à droite, exérèse à l'anse.

Obs. 45. — B... Jean, 2^e cl., ° R.P., 32 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Dyspnée d'effort, surtout pendant les marches. Traitement médical prescrit sans succès. E. S. 6 jours.

Obs. 46. — D... Jean, ° R.P., 30 ans. Asthme d'origine nasale. Crises fréquentes. Sédation rapide mais passagère par Bonain local. E. S. 12 jours.

Obs. 47. — G... René, 2^e cl., ° R.P., 36 ans, I.R.C. par déviation basse de cloison. Dyspnée fréquente. Devait être opéré prochainement. Plusieurs exemptions. Evacué sur le G.S.D. en vue d'une galvanocaustie d'attente. E. S. 12 jours.

Obs. 48. — B... Emile, 2^e cl., ° R.P., 39 ans, I.R.C. fonctionnelle après intervention correcte sur une cloison déviée. Fatigue précoce et impression de palpitations à la marche. Fait état d'antécédents rhumatismaux. E. S. 10 jours.

Obs. 49. — H... Joseph, 1^{re} cl., ° R.I., 25 ans, I.R.C. par traumatisme ayant modifié l'architecture nasale. Luxation chondro-vomérienne. Epaissement de la cloison. Dyspnée rapide. Est recevable à l'infirmerie de secteur lors d'un mouvement de troupe. Aurait déjà bénéficié d'exemptions multiples.

Obs. 50. — M... Georges, 2^e cl., ° B.O.A., 36 ans, I.R.C. fonctionnelle par inversion du réflexe narinaire. Aspiration nette des ailes du nez. Très gêné par le port du masque.

Obs. 51. — C... Emile, 2^e cl., ° G.R.D.I., 25 ans, I.R.C. par rhinite hypertrophique bilatérale secondaire. Thérapeutique classique peu active. Rechutes multiples. E. S. 6 jours.

Obs. 52. — W... Paul, 2^e cl., ° B.O.A., 35 ans, I.R.C. par cloison inférieure déviée et rhinite compensatrice. Se plaint à l'effort. Amélioration partielle par repos, et éphédrine en pulvérisations locales. E. S. 5 jours.

TROISIEME PARTIE

SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS

En abordant ce chapitre il convient de se souvenir que la pratique militaire du temps de paix — plus encore celle du temps de guerre — se présente avec un ensemble de circonstances différentes de la pratique civile. La transposition de règles d'un domaine à l'autre ne paraît donc pas plus souhaitable que réalisable.

Les quelques suggestions rassemblées ici ont été choisies parmi celles qui apporteraient le minimum de modifications aux traditions établies. La facilité de réalisation doit être pour elles une condition essentielle. D'ailleurs il serait injuste de méconnaître les résultats déjà acquis par les méthodes actuelles. Plutôt que des innovations, ce sont des perfectionnements qu'il faut avoir ici en vue.

Il sera conservé, pour l'exposé de ces propositions, le plan général qui a servi à l'étude des insuffisances respiratoires nasales dans l'Armée.

A. — SUGGESTIONS POUR LE TEMPS DE PAIX

a) *Visite médicale d'incorporation.*

1° *Il semble qu'il y aurait intérêt à compléter systématiquement l'examen général des recrues par un examen rhinologique élémentaire, à la portée de tout praticien.*

Le matériel indispensable fait partie de la dotation réglementaire de toute infirmerie de Corps de Troupe. Il n'y aurait donc pas ici à objecter une augmentation de frais.

Quant à la perte de temps, elle ne serait guère considérable et ne doit pas constituer un obstacle effectif.

2° Peut-être trouverait-on avantage à instaurer au cours de toute visite d'incorporation *l'usage systématique de la manœuvre de Marchand*, pour la recherche clinique des insuffisances respiratoires nasales non évidentes. Nous rappelons brièvement sa technique.

Le sujet est debout, tournant le dos au médecin. Celui-ci applique ses deux mains largement ouvertes sur l'hémithorax correspondant, pouce près de la colonne vertébrale, doigts au-dessous de l'aisselle. Le sujet respire successivement par la bouche et par le nez. Les mains sont soulevées par chaque mouvement respiratoire et le médecin examine l'angle que forment les axes

des pouces avec l'axe vertical médian formé par la colonne vertébrale; cet angle permet de mesurer, dans la respiration du type inférieur, la valeur relative de la perméabilité nasale et buccale.

Cet examen peut être complété par celui de la respiration à type supérieur. Mais ici le soulèvement des épaules par contraction des inspireurs accessoires peut être une cause d'erreur.

La manœuvre de Marchand est de pratique et d'interprétation facile; elle ne nécessite aucune instrumentation; elle ne demande qu'un temps limité. Ces caractères permettraient d'en faire un emploi plus fréquent dans les visites d'incorporation. Elle décélèrerait bien des insuffisances latentes, et rien n'empêcherait d'en contrôler plus tard les données par des examens plus précis.

b) *Hôpital militaire.*

Il semble disposer, actuellement, de moyens suffisants. Tout au plus y pourrait-on souhaiter l'adjonction de quelques auxiliaires dûment spécialisés que fournirait facilement l'appel sous les drapeaux des externes et internes ayant passé un certain temps dans les services de laryngologie. Ainsi doté, l'hôpital verrait ses possibilités accrues. Il lui serait loisible :

1° D'adopter une thérapeutique chirurgicale dans tous les cas d'insuffisance respiratoire chronique accentuée dont la cause est une lésion anatomique nasale justifiable d'une intervention aussi bénigne que radicale.

2° De pratiquer immédiatement les interventions palliatrices en l'absence d'indication nette à une cure plus complète.

3° D'appliquer aux syndromes purement fonctionnels une rééducation suffisamment prolongée pour que les malades commencent à en apprécier les résultats. Ce serait la meilleure garantie de leur persévérance.

On pourrait reprocher à cette suggestion d'entraîner un accroissement des décisions opératoires. Objection plus apparente que réelle. Il faut tenir compte du fait qu'il s'agit là d'opérations très simples : elles ne nécessitent pas l'anesthésie générale, elles n'exigent que le matériel d'un praticien, elles présentent des suites rapides, exemptes d'incidents, elles ne demandent qu'un temps opératoire et un délai d'hospitalisation minimes.

Ces mesures se solderaient en fin de compte par une diminution des exemptions de service, dont le total, avec les méthodes actuelles, est très généralement supérieur aux quelques dix jours d'indisponibilité qu'entraînerait l'intervention la plus considérable dans ce domaine : la résection sous-muqueuse d'une cloison.

B. — SUGGESTIONS POUR LE TEMPS DE GUERRE

Il semble qu'il faille savoir les limiter : le temps de guerre, en raison des nécessités impérieuses du moment, se prête mal à l'essai de méthodes nouvelles.

En particulier il est difficile d'envisager des modifications quelconques aux traditions des visites d'incorporation ou des consultations régulières des Corps de troupe.

Cependant, peut-être, pourrait-on donner au Groupe Sanitaire divisionnaire la possibilité d'effectuer lui-même quelques interventions très simples, telles que :

- Les galvanocausties.
- Les ablations de polypes.
- Même la réflexothérapie suivant la méthode de Halphen.

Ces interventions ne demanderaient au maximum qu'une interruption de service d'une demi-journée. Elles seraient suffisantes à donner aux malades une amélioration nette encore que passagère.

On voit que les suggestions présentées se rapportent surtout au temps de paix. Ceci se justifie aisément, pour peu que l'on veuille bien, avec nous, le regarder comme une période d'élection pour la création d'une armée de réserve disposant à la fois du maximum d'effectifs, d'entraînement et de rendement.

CONCLUSIONS

1° Les insuffisances respiratoires nasales chroniques constituent pour le Service de Santé militaire un problème d'ordre surtout pratique et thérapeutique.

2° Le problème revêt un aspect différent en temps de paix et en temps de guerre.

3° En temps de paix :

- les I.R.C.N sont relativement peu fréquentes
- leurs facteurs étiologiques se réduisent à un petit nombre
- l'influence sur le rendement militaire de l'homme est minime
- la thérapeutique est chirurgicale dans un petit nombre de cas, médicale et symptomatique dans le plus grand nombre.

4° En temps de guerre :

- les I.R.C.N. s'observent avec une fréquence plus grande
- leur étiologie est plus diverse

- l'influence sur l'homme se révèle plus considérable
- la thérapeutique ne peut qu'exceptionnellement être chirurgicale.

5° Il semble qu'il y aurait intérêt à profiter des conditions du temps de paix pour réaliser une extension de la thérapeutique chirurgicale.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Barberousse.* — Quelques réflexions sur l'insuffisance nasale. Faisons des adénectomies précoces. (Revue médicale de l'Est. T. LX, N° 22, 15 novembre 1932.)
- Bergues.* — L'insuffisance respiratoire nasale et sa prophylaxie scolaire. (Thèse Bordeaux 1934-1935.)
- L. Chabrol.* — Insuffisance respiratoire. Des diverses méthodes d'examen et de traitement. (Thèse, Paris 1921.)
- Friant.* — L'insuffisance respiratoire nasale et rétronasale. Considérations cliniques et thérapeutiques. (Thèse de Strasbourg 1927.)
- G. Khawly.* — Retentissement de l'insuffisance nasale sur l'organisme. (Marseille médical, N° 10, 5 avril 1929, p. 511.)
- Marchand.* — Un signe clinique de l'insuffisance respiratoire nasale. (Gazette médicale limousine, 1927.)
- A. Mourgeon.* — Facteurs extra nasaux de l'insuffisance respiratoire nasale. (Bull. médical, 10 novembre 1931.)
- Facteurs bucco pharyngés de l'insuffisance respiratoire nasale. Rééducation respiratoire nasale. (La Sem. dent., N° 46, 13 novembre 1932.)
- Nissen R. et Kokkalis P.* — Experimentelle untersuchungen uber mechanische Atmungsstörungen und

einige Folgezustände. (Deuts. Zeits. f. chir. Leipzig 1925, T. XLIV, pp. 50-90.)

G. Portmann et H. Retrouvey. — L'insuffisance respiratoire nasale et la tuberculose pulmonaire. (Revue de laryng. otol rhinol., N° 4, avril 1935.)

M. Romieu. — Insuffisance respiratoire d'origine nasale et gymnastique respiratoire. (*Marseille médical*, 2.27.39, 5 juillet 1931.)

G. Rosenthal. — La rééducation respiratoire des obstrués du nez et du rhinopharynx. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Pratic., mai 1935, N° 5.)

— L'expiration post nasale, épreuve limite de la guérison de l'insuffisance nasale. (Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris, N° 13, 12 octobre 1934, pp. 138-483-484.)

R. Trèves. — L'examen de la fonction respiratoire et de la perméabilité nasale. (Journ. de Méd. de Paris 1925, T. XLV, pp. 225-228.)

Worms. — Rapport sur l'insuffisance respiratoire nasale. (Soc. Franç. O. R. L., Cong. 1927.)

— L'exploration de la fonction respiratoire dans l'insuffisance nasale. (*La Vie médicale*, N° 4, 25 février 1928.)

— L'insuffisance nasale, ses répercussions sur l'organisme. Son importance en pathologie générale. (Bull. Méd., N° 4, 23-26 janvier 1929, p. 87.)

Worms et Belotte. — L'insuffisance respiratoire nasale. (Congr. O. R. L., 1927.)

A.-D. Zambrini, F.-E. Eliseth. — La disyunción rápida intermaxilar para corregir la insuficiencia nasal. (Rev. de especialid., 6.573.580. July, 1931.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
--------------------	---

PREMIERE PARTIE

Les I.R.C.N. dans l'armée en temps de paix	11
--	----

DEUXIEME PARTIE

Les I.R.C.N. dans l'armée en temps de guerre	33
--	----

TROISIEME PARTIE

Suggestions pratiques	53
-----------------------------	----

CONCLUSIONS.	59
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	61
---------------------	----

